compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018480552	LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA	Calle 25B # 32A - 48 apto 212	0000000	jwilches72@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	01/03/2024	75018401	$1.078.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	435.900	0		0		0	0	0	0	435.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	558.000	0	0	0	0	0	0		558.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	85.000				85.000	0	0	85.000			850	85.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	435.900	435.900
Pensión	1	558.000	558.000
Riesgos Laborales	1	85.000	85.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.078.900	1.078.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018480552	LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA	Calle 25B # 32A - 48 apto 212	0000000	jwilches72@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	01/03/2024	75018401	$1.078.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018480552	WILCHES SALAMANCA LAURA JULIANA	57	0			N								X								25-14	3.487.011	558.000	0	0	0	0	EPS010	3.487.011	435.900	14-11	3.487.011	3	85.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA JULIANA WILCHES SALAMANCA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018480552	
CORREO ELECTRONICO:	Jwilches72@gmail.com				CELULAR:	3102000370	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS 68 BRITALIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU54A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	21900015809				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3074			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	328	FECHA	2024-01-20 16:49:01.000	NÚMERO DE CRP	15281	FECHA	2024-02-01 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-01		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,789,676				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18,305,748
VALOR EJECUTADO	$4,789,676
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,789,676
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$13,516,072
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	26%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
74637242	$1,867,317	$233,415	$298,771	3	$45,488	$577,673

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez	Realizo consulta de médico general de acuerdo a la programación de mi agenda	Asisto a mi consulta médica en los horarios establecidos
Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de	Registro información requerida en los procedimientos de acuerdo a la labor ejecutada y en conformidad con los parámetros previamente establecidos	Diligenciar los formatos requeridos de acuerdo a mi labor, con respecto a la estructura asignada
Diligenciar y llenar completamente la Historia clínica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institución y la normatividad vigente	Diligencio completamente la historia clínica en el formato de dinámica de cuadro a los formularios y restos estadísticos previamente establecidos por los criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Realizó la historia clínica completando los parámetros establecidos
Diligenciar los consentimientos informados acorde al procedimiento y entregar al área correspondiente.	Diligencio e informo los consentimientos correspondientes a un procedimiento	Realizó los conocimientos por procedimiento
Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato	Diligencio los sistemas de información indicados por el supervisor	Realizó los Registros Individuales de Servicios según la indicación aportada
Adherirse a las Guías de práctica clínica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora individual	Sigo las guías de práctica clínica para cumplir los planes de mejora	Realizo y adhiero a las guías de práctica clínica para la atención de pacientes en consulta externa según sea la pertinencia individual
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyo en el cumplimiento de las normas para garantizar la calidad	Sigo las recomendaciones y normas previamente mencionadas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar eventos que sean de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Diligenciar los reportes de notificación
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificar fallas de calidad presentadas en el servicio, y participo en las convocatoria e implementación de las acciones de mejora definidas para el servicio	Notifico fallas en la calidad comentando con mis supervisor, para analizar e implementar planes de acción que mejore la calidad del servicio
Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E por las autoridades respectivas	Observó medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos	Acato medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Diligenciar los sistemas de informaciones mi cargo de manera oportuna	Procuro diligenciar los sistemas de informaciones mi cargo de manera oportuna
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quítate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	Uso mi bata y porto el carnet que me identifica como profesional y trabajador de la subred	Empleo mi bata y porto el carnet que me identifica como profesional trabajador
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Asisto en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Me hago responsable por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y los entregaré a la persona encargada en caso de terminación del contrato
Deberá está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato	Estoy afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato	Me encuentro afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato
Presentación de cuenta de cobro, acompañada de la Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Diligencio y presento la cuenta de cobro, acompañada de la Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Realizó mi cuenta de cobro, acompañada de la Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Elaboro informes mensuales sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	No aplica
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Asisto demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato

Copia Certificada
Subred Suroccidente

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente